

DESIGNATION DE LA PERSONNE DE CONFIANCE

- Je soussigné (e),

NOM d'usage : NOM de naissance :
 PRENOM (S) :
 DATE et LIEU NAISSANCE :
 ADRESSE :
 TELEPHONE (S) :
 FAX/E-MAIL :
 Admis (e) au sein de la Clinique du Parc Saint-Lazare,

- ☐ **Je ne souhaite pas désigner de personne de confiance :**

Je reconnais avoir été informé(e) de la possibilité qui m'est offerte de désigner une personne de confiance pour la durée de mon séjour. Toutefois, je ne souhaite pas désigner une personne de confiance, sachant qu'à tout moment je peux procéder à une désignation. Dans cette hypothèse, **je m'engage à en informer par écrit l'établissement.**

- ☐ Je souhaite désigner comme **personne de confiance** :

☐ Monsieur ☐ Madame ☐ Mademoiselle

NOM d'usage : NOM de naissance :
 PRENOM (S) :
 DATE et LIEU NAISSANCE :
 ADRESSE :
 TELEPHONE (S) :
 FAX/E-MAIL :

- Cette personne de confiance, légalement capable, est :

☐ Un proche ☐ Un parent ☐ Mon médecin traitant

- Je souhaite que cette personne de confiance m'accompagne dans toutes mes démarches et assiste à tous les entretiens médicaux afin de m'aider dans mes décisions :

☐ OUI ☐ NON

**J'ai été informé (e) que cette désignation vaut pour toute la durée de mon hospitalisation.
 Je peux révoquer cette désignation à tout moment et dans ce cas, je m'engage à en informer par écrit l'établissement.**

Cadre réservé à la personne de confiance

Je certifie avoir été informé(e) de ma désignation en qualité de personne de confiance :

Fait à

Signature :

Le

DESIGNATION DE LA PERSONNE A PREVENIR

Cette personne a un rôle différent, elle est la personne qui sera informée de votre présence à la clinique. Elle sera informée de données non confidentielles vous concernant. Elle peut être la même personne que la personne de confiance.

NOM : PRENOM :

Lien de parenté avec vous Téléphone :

Fait à

Signature du patient :

Le

**A l'occasion de vos soins à la clinique,
vous souhaitez être assisté(e) d'une
personne de confiance**



Pendant votre séjour, il vous est possible de désigner une personne de confiance, librement choisie, dans votre entourage et en qui vous avez toute confiance, pour vous accompagner tout au long des soins et lors des décisions à prendre.

Cette personne, que l'établissement considèrera comme « personne de confiance », pourra, si vous en faites la demande, assister aux entretiens médicaux et vous aider à formuler vos souhaits.

Cette désignation peut être très utile :

- Votre état de santé ne vous permettra peut-être pas toujours, pendant la durée de votre séjour, de faire connaître aux personnes qui vous soignent, votre avis ou les décisions que vous souhaitez prendre pour vos soins.
- Si vous ne pouvez les exprimer, votre personne de confiance sera consultée par l'équipe soignante et pourra lui donner des indications sur votre façon de voir les choses.
- Avant toute intervention ou investigation importante, les précisions ainsi recueillies pourront guider les médecins dans les choix thérapeutiques.

La désignation de la personne de confiance :

- N'est pas une obligation
- Doit être une décision bien réfléchie, sans précipitation
- Se fait par écrit par exemple à l'aide de ce formulaire
- Peut être annulée à tout moment (par écrit de préférence)
- Peut être remplacée ultérieurement par la désignation d'une autre personne, à votre demande
- Est valable pour toute la durée de votre séjour

**Il vous revient d'en informer la personne que vous aurez choisie et
d'obtenir son accord**